

# АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Галиуллина В.М.  
МБУ «ССМП», Екатеринбург  
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург*

Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом ST (острый инфаркт миокарда) – это неотложное клиническое состояние, вызванное окклюзией или субтотальным некрозом коронарной артерии, и, если восстановления перфузии не происходит, то развивается некроз миокарда, дисфункция пораженного участка, аритмия [4]. Он входит в перечень заболеваний и состояний, при которых наиболее часто встречаются диагностические и тактические ошибки [5]. Поэтому необходимо точное выяснение жалоб и коронарного анамнеза с детализацией последнего приступа, а так же проведение в ходе осмотра измерения ЧД, ЧСС, АД, дефицита пульса, ЭКГ, пульсоксиметрии и определение наличия или отсутствия возможных осложнений [4].

Немаловажное значение имеет и проведение дифференциальной диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) с некоторыми другими некоронарогенными патологиями, такими как остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника, межреберная невралгия, ахалазия кардии, язвенная болезнь желудка и пр. «Золотым стандартом» диагностики на догоспитальном этапе является ЭКГ- картина, позволяющая поставить диагноз ОКС с подъемом ST на фоне имеющихся клинических проявлений, и тем самым избежать гипер- или гиподиагностики, избрать правильную тактику для спасения жизнь больного [2].

ОКС возможно отнести к сомнительному случаю, когда диагноз не ясен (наиболее часто при дифференциальной диагностике ОКС и остеохондроза грудного отдела позвоночника). Это так называемая

кризисная ситуация, которая обладает повышенным риском возникновения лечебно-диагностических и тактических ошибок, и требующая от медперсонала напряжения, быстрого реагирования, предельной концентрации внимания и глубоких профессиональных знаний [5].

**Цель исследования** – проанализировать причины дефектов в лечебно-диагностическом процессе, приведших к организации неправильной тактики ведения пациента на догоспитальном этапе.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на материалах, взятых из карт вызовов бригад скорой медицинской помощи на базе МБУ ССМП. Отобрано 18 случаев, рассмотренных на лечебно-экспертной комиссии (ЛЭК) в текущем году. Диагноз ОКС с подъемом ST был верифицирован в них повторным посещением специализированной (кардиологической) бригады, и при госпитализации в стационар, а также с помощью Автоматизированной консультативной системы «Неотложная кардиология», разработанной д.м.н., профессором В. П. Дитятевым и к.м.н. Г. П. Кириенко, что позволило объективизировать дефекты в постановке диагноза

При анализе карт необходимо было выявить наличие недостатков в выяснении жалоб, анамнеза, объективных данных, в съемке, оформлении и интерпретации ЭКГ, в постановке диагноза (гипо- и гипердиагностике), в лечении и тактике. Обработку данных проводили в программном пакете Microsoft Office Excel 2007 [3].

#### **Результаты исследования и обсуждение**

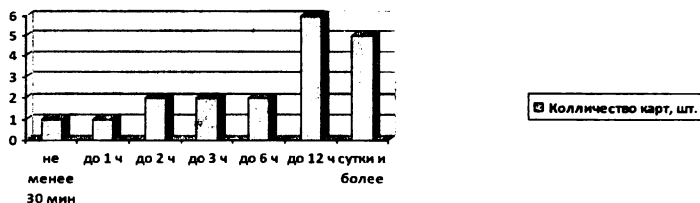


Рис. 1. Распределение больных по длительности болевого приступа

В ходе исследования была отмечена тенденция к увеличению дефектов диагностики острого инфаркта миокарда при большей длительности болевого приступа, что видно на рисунке 1. Максимальные трудности возникают тогда, когда ДБП превышает 12 часов, так как для острого инфаркта миокарда характерны более сжатые сроки развития картины заболевания, что затрудняет дифференциальную диагностику с некоронарогенной патологией.

Кроме того, исследуемые в статье категории дефектов, также имели свою закономерность. Преимущество имели те, которые были связаны с описанием и диагностикой изменений на ЭКГ-картине (табл. 1). Характерные признаки для данной нозологии, такие как патологический зубец Q и уменьшение амплитуды зубца R или комплекс QS и исчезновение зубца R, подъем сегмента ST выше изолинии или его депрессия, коронарный или отрицательный зубец T – все это позволяет нам заподозрить наличие острого коронарного синдрома. Некоторые специалисты не придают значение незначительной элевации сегмента ST, полагаясь на рекомендации Комитета, где сказано, что принимать во внимание следует только элевацию 2 и более мм в двух смежных отведениях. На догоспитальном этапе диагноз острого инфаркта миокарда (или ОКС с подъёмом ST), ставится на основании клинической картины и изменений ЭКГ. Косвенным признаком ОИМ, не позволяющим определить фазу и глубину процесса, может быть остро

возникшая блокада ножек пучка Гиса, разумеется, при соответствующей клинической картине [2].

Неадекватная оценка ЭКГ сводит шансы постановки верного диагноза к минимуму, поэтому основной дефект касался гиподиагностики. Случаев гипердиагностики при исследовании медицинской документации выявлено не было (табл. 1).

Таблица 1

**Общее количество дефектов различных категорий (n=18)**

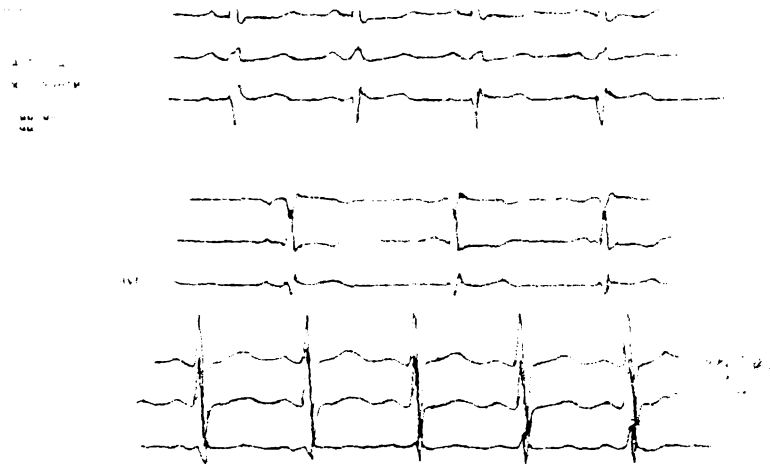
<b>Вид дефекта</b>	<b>Количество, шт.</b>
Дефекты ЭКГ- заключения	18
Неправильный диагноз (гиподиагностика)	18
Неадекватная терапия	16
Неправильная тактика	15
Анамнез	14
Жалобы	13
Нет дифференциальной диагностики	13
Неправильное оформление ЭКГ	7
Объективные данные	4
Не записана ЭКГ	1
Неправильный диагноз (гипердиагностика)	0

Недостоверный диагноз является причиной ошибок в тактике и алгоритме лечения. В то же время нужно иметь в виду, что принятие правильного тактического решения в условиях оказания скорой помощи в значительно меньшей степени, чем процесс диагностики, зависит от таких факторов, как отсутствие всеобъемлющей информации по данному заболеванию или трудности сбора анамнеза [1].

Дефектов в сборе жалоб, анамнеза, объективных данных и дифференциальной диагностике меньше по сравнению с другими, но тоже имеются в достаточном количестве (табл. 1). При болевом варианте ОИМ диагностическим значением обладают интенсивность болевого синдрома (если аналогичные боли возникали и раньше, при ОИМ они особенно интенсивные), продолжительность (необычно длительный приступ, сохраняющийся более 15 – 20 минут), неэффективность сублингвального приёма нитратов. Необходимо помнить, что при ОИМ кроме болевого существуют и другие клинические варианты. Поэтому отсутствие убедительной клинической картины не есть доказательство отсутствия ОИМ [2]. Дифференцировать его на догоспитальном этапе с другими нозологиями нужно обязательно, так как нередко к постановке правильного диагноза можно прийти только методом исключения.

В заключение приведём пример (собственное наблюдение).

Б-й А., 62 лет, жалобы на боли за грудиной, иррадиация в левую лопатку, плечо. Причина возникновения болей не указана. На записанной электрокардиограмме хорошо видна элевация сегмента ST в отведениях III, avF и депрессия сегмента в отведениях I и avL.. Тем не менее, врач ставит диагноз: ИБС, ОКС без подъёма сегмента ST, гипертоническая болезнь, II ст. Кроме того, врач не обратил внимание на зубец RII, который может быть ранним признаком перегрузки правого предсердия, начинающегося отёка лёгких. Диагноз стационара – ИБС, Острый инфаркт миокарда.



## **Выводы**

1. Анализ дефектов в диагностике острого инфаркта миокарда показал, что большинство ошибок возникает при описании, интерпретации и выявления изменений на ЭКГ-картине, без учета клинических проявлений.

2. Диагноз ОКС с подъемом ST, у грамотного врача, как правило, не вызывает трудностей.

3. Диагностируя кардиалгии различного генеза, проведение диффдиагностики с ИБС обязательно. Опираясь только на длительность болевого приступа, локальную болезненность - недопустимо.

4. Пути уменьшения этих дефектов видятся в постоянном совершенствовании знаний врача и более качественном контроле со стороны заведующих подстанциями.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Анализ и экспертная оценка методических ошибок на догоспитальном этапе: методические рекомендации / В. А. Фиалко, И. Б.

Пушкарев, А. В. Бушуев, Ф. Д. Ваисов. – Екатеринбург: ГБОУ ВПО УГМА, 2012. – 45 с.

2. Белокриницкий В. И. Применение электрокардиографии в диагностике острой коронарной недостаточности в условиях скорой медицинской помощи: учебное пособие для врачей, фельдшеров службы скорой медицинской помощи, студентов медицинских учебных заведений / В. И. Белокриницкий. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2010. – 88с.

3. Гельман В. Я. Медицинская информатика: практикум (2-е изд.) / Е. В. Строганова. – СПб.: Питер, 2002. – 480 с.

4. Территориальный стандарт оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области: клиничко-тактические алгоритмы, приложения / В. П. Попов, О. В. Колясников, И. А. Мокшина [и др.]. – Екатеринбург: МБУ ССМП г. Екатеринбурга, 2008. – 122 с.

5. Фиалко В. А. Тактика в лечебно-диагностической работе выездных бригад СМП: учебное пособие / И. Б. Пушкарев. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2011. - 45с.

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ МЕТАЛИЗЕ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ФЕЛЬДШЕРСКИМИ БРИГАДАМИ ОСМП ГБУЗ СО «ПОЛЕВСКАЯ ЦГБ»**

*Кулиш Е.Е. Кондратов А.В.  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Свердловской области  
«Полевская центральная городская больница»  
г. Полевской*

В отделении скорой медицинской помощи ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ» с 2012г. внедрен и проводится метод тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе.

Отделение скорой медицинской помощи в г. Полевском функционирует с 1960 года.